

Sommet mondial sur la santé mentale : pourquoi les experts médicaux diagnostiquent une crise internationale sans précédent

Selon un rapport du Lancet, 13,5 millions de vies pourraient être sauvées chaque année si l'on s'attaquait à la maladie mentale.

Avec Jean-Paul Mialet

Atlantico : Doit-on voir dans ce constat, un échec collectif à répondre à cette crise mondiale de la santé ?

Jean-Paul Mialet : L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) note également que dans des pays comme les Etats Unis et le Royaume uni, le suicide est une des principales causes de mortalité et il tue plus que les cancers digestifs, les cancers du sein et la cirrhose.

Peut-on parler d'échec ? Une chose est certaine : on parle bien peu des dommages engendrés par les troubles mentaux, alors qu'ils représentent une des plus grandes sources de souffrance et de mort. Reconnaissons que, parmi les grandes causes que soutiennent les medias en faisant appel à la solidarité et à la compassion, les maladies mentales figurent bien peu. Certes, les choses évoluent et l'autisme a fait depuis quelques temps une timide apparition. Mais on le présente souvent sous l'angle flatteur du surdoué inadapté, une version hélas rare de ce défaut que manifestent certains enfants à s'inscrire dans la réalité. De même, le trouble bipolaire est depuis quelques temps très à la mode, sans doute du fait de son côté spectaculaire. Les troubles anxieux et obsessionnels sont l'objet de mises en scène amusantes plus que de vrais débats. Quant à la schizophrénie, elle peut inspirer des écrivains (le Roquentin de Sartre, par exemple) mais elle représente une affection trop étrange et inquiétante pour susciter l'attention des medias.

Ainsi, d'une façon générale, les troubles psychiatriques tendent à être ignorés par l'ensemble des « bien portants ». Et cela peut expliquer qu'on ne s'attaque pas à la maladie mentale en y mettant tous les moyens, comme l'indique le rapport du Lancet. En fait, la maladie mentale est en permanence l'objet d'un paradoxe : elle n'existe pas – au regard des maladies physiques – ou bien elle existe trop – et l'on ne voit alors que des « fous » que l'on rend responsable (bien injustement) de tout ce qui paraît incompréhensible. Au total, la psychiatrie existe davantage comme une menace à l'ordre public que comme une souffrance – un mal : elle est une parente pauvre de la médecine.

En France, nous sommes 2 millions à vivre avec un trouble psychique grave. Selon l'Observatoire du suicide, 8 885 personnes se sont donné la mort en 2014 (10 000 en incluant ceux pour lesquels il existe une « très forte certitude », mais pas de certificat). Comment appréciez-vous ce chiffre ? Relève-t-il d'un défaut de prise en charge selon vous ?

Ce chiffre est en effet parlant .Quand on sait que les accidents de la voie publique, autour desquels on fait tant de tapage, sont de l'ordre de 5000 décès par an, on mesure combien la psychiatrie a en charge des maladies douloureuses, graves, potentiellement mortelles. Y a-t-il défaut de prise en charge ? Sans doute les psychiatres et l'organisation de la psychiatrie ont-ils leur faiblesse. Sans doute peut-on leur attribuer une part de responsabilité dans ces chiffres douloureux. Mais je voudrais en revenir au regard ambigu que l'on porte sur la psychiatrie et qui ne facilite pas le travail du psychiatre. Vous savez combien on accuse régulièrement les traitements antidépresseurs d'être des médicaments inutiles et dangereux. Bon nombre de mes patients doivent d'ailleurs faire face à des observations, voire des critiques, de leur pharmacien, quand ils présentent leur prescription au comptoir. Et bien, une grande enquête de l'OMS a montré que les dépressions étaient sous diagnostiquées et sous traitées... Où est le hic ?

Il est possible qu'en effet, on distribue trop de traitements psychotropes à des patients qui n'ont besoin que d'un peu d'écoute, de temps et d'attention. Mais, surtout, on sait mal soigner les malades profonds. Et on laisse se creuser des plaies qui, prises à temps, auraient pu être plus facilement soignées. Car les médecins réagissent souvent hélas comme tout le monde. Ils regardent la psychiatrie avec circonspection – et les psychiatres plus encore...

Or, ce sont les médecins qui sont en première ligne pour dépister les troubles mentaux et confier le patient à un psychiatre. Ce manque d'intérêt de la plupart des médecins pour la psychiatrie, joint au regard prudent qu'ils jettent sur les psychiatres,est encore aggravé par la réticence qu'ils pressentent chez leur patient. Beaucoup craignent de fait qu'orienter un patient chez un psychiatre soit considéré comme insultant (« Je ne suis pas fou ! »)et conduise le patient à quitter son médecin.

On le voit, le défaut de prise en charge relève de nombreux paramètres. Ilsont, me semble-t-il, un point commun : la peur de la folie, qui d'une part, véhicule avec elle beaucoup d'images effrayantes et qui d'autre part, touche à un point sensible pour l'amour propre : le contrôle de soi. Car être fou ce n'est pas simplement être dangereux, c'est aussi avoir perdu la raison, et c'est très humiliant. Il existe ainsi chez les patients, les médecins et l'ensemble du public une « psychiatrophobie » qui ne facilite pas la prise en charge des patients en souffrance.

Nous avons réalisé beaucoup de progrès dans la compréhension des causes et des options de traitement. Pour autant, où en sommes-nous de la qualité des services de santé mentale ? Y accordons nous suffisamment de moyens ?

Depuis l'avènement des premiers traitements, les neuroleptiques dans les années 50 et les antidépresseurs dans les années 60, c'est toute la psychiatrie qui a évolué. La prise en charge « asilaire », qui consistait avant tout à neutraliser un patient menaçant pour l'ordre public en le soustrayant à une société à laquelle il ne parvenait pas à s'adapter - cette prise en charge à évolué vers un soutien davantage médicalisé permettant au patient une vie hors de l'asile. Dans certains domaines, il y a eu une véritable révolution thérapeutique permettant d'échapper complètement à la folie chronique, pour tomber dans des troubles intermittents – voire inexistant – compatibles avec une vie normale, au milieu de tous. Dans d'autres cas, il persiste un déséquilibre qui doit être surveillé, peut conduire à des hospitalisations répétitives, mais ne mène pas à vivre sa vie derrière des murs.

Tous ces soins sont exigeants en moyens humains plus que matériels. Les prises en charges techniques de certaines maladies du corps sont extrêmement coûteuses : on sait combien coûte une journée de traitement en soins intensifs, ou encore une dose de certains traitements anticancéreux. La psychiatrie est moins exigeante en moyens techniques, mais elle coûte cher en moyens humains : il faut des centres de soins, des équipes qui puissent accompagner longuement certains patients fragiles. Et il faut savoir donner à ces patients ce qui aujourd'hui compte plus que tout : du temps. Aussi, pour répondre à votre question : sans doute, nous ne donnons pas assez de moyens matériels à la psychiatrie pour qu'elle puisse répondre comme il faut à la demande de soins. Nous oublions quelle priorité elle représente, tant en terme de soulagement de la souffrance qu'en terme de pertes économiques, du fait des répercussions des troubles mentaux sur l'activité professionnelle. Mais nous sommes aussi à une époque qui veut des résultats immédiats et concrets, et qui accorde peu de prix à une prise en charge patiente et discrète, dont les fruits n'apparaissent qu'avec le temps.

Comment favoriser l'innovation en matière de santé mentale ? Quels sont encore les secteurs qui nous échappent ?

Là encore, les moyens matériels comptent. Il faut encourager la recherche en la soutenant par un budget suffisant . Et surtout, favoriser les recherches interdisciplinaires. La psychiatrie est une médecine à part : c'est une médecine de l'âme ! Or l'âme est à l'intersection du biologique, du psychologique et du sociologique. Pour le moment, ce sont les recherches neurobiologiques qui l'emportent. La neurobiologie, avec l'aide de la neuroimagerie, tente de repérer des zones cérébrales impliquées dans certains dysfonctionnements, et de cerner les substrats physiologiques des troubles mentaux pour proposer desremèdes biologiques adaptés. C'est ce qui conduira sans doute médecins du corps et médecins de l'esprit à mieux se comprendre et à se rapprocher sur le terrain commun des dérèglements du corps. Mais les souffrances des malades psychiatriques ne peuvent être bien comprises et soulagées que si elles sont remises dans leur contexte : celui de leur histoire qui a façonné une psychologie singulière, et celui de leur environnement social. Tout jeune médecin apprend qu'il n'y a pas une maladie, mais des malades : la formule est encore plus juste pour le malade psychiatrique. Il n'y a pas une dépression, mais des déprimés...

Et puisque vous me demandez ce qui nous échappe, apprenez que la psychiatrie familiarise avec un grand mystère, mal compris aujourd'hui où l'on veut à tout prix une explication à tout comportement : le mystère du passage à l'acte. Parmi les déprimés qui ne se suicident pas – ils sont heureusement les plus nombreux - certains, qui ont frôlé de très peu le suicide, reviennent sur le moment où ils ont failli faire le grand saut et s'étonnent : pourquoi la vie l'a-t-elleemporté sur la mort, à ce moment précis où il ne leur restait qu'un pas à faire ? L'opacité de l'instant décisif, -pour le patient troublé comme pour l'homme « normal » - : voilà qui risque de nous échapper pendant longtemps encore.

